



**LAUREA**

AMMATTIKORKEAKOULU

*Yhdessä enemmän*

# Ikääntyneen sairaaladelirium-opas omaiselle

Raita, Janette ja Savolainen, Jonna-Mari



**LAUREA**

AMMATTIKORKEAKOULU

*Yhdessä enemmän*

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Ikääntyneen sairaaladelirium-opas omaiselle

Raita Janette, Savolainen Jonna-Mari  
Hoitotyö  
Opinnäytetyö  
Marraskuu, 2017

Raita Janette ja Savolainen Jonna-Mari

### Ikääntyneen sairaaladelirium-opas omaiselle

Vuosi 2017

Sivumäärä 45

Opinnäytetyö oli toiminnallinen opinnäytetyö, jossa kirjallisuuskatsauksen perusteella työelämäkumppanille (HUS, Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö, Töölön sairaala) tuotettiin ”Ikääntyneen sairaaladelirium-opas omaiselle” sähköisenä materiaalina. Sairaaladelirium tarkoittaa sairaalahoidossa alkavaa äkillistä sekavuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas omaiselle ikääntyneen sairaaladeliriumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää omaisten tietoutta ikääntyneen sairaaladeliriumista. Tuotettavan oppaan tarkoituksena oli tarjota tietoa omaisille ikääntyneen sairaaladeliriumista.

Tietoperusta rakennettiin tutkimusten, kirjallisuuden ja sähköisten aineistojen pohjalta kuvaten ikääntymisen muutokset, niiden vaikutukset hoitoon, sekavuuden syntytekijät, hoito sekä omaisen mahdollisuudet osallistua sekavan ikääntyneen hoitoon. Myös kirjallisen materiaalin tärkeys hoitotyönohjauksessa kuvattiin ja etenkin tuotetussa oppaassa painotettiin omaisen asemaa.

Opas kirjoitettiin kirjallisuuskatsauksen perusteella ja siitä tulostettiin vihkonen arviointeja varten. Opasta arvioivat maallikot tekijöiden lähipiiristä, sekä työelämäkumppanin osoittamat hoitohenkilökunnan jäsenet. Arviointien perusteella opasta kehitettiin, työelämäkumppanilta saatiin ohjeita ulkoasuun, kuvat otettiin itse ja näillä opas viimeisteltiin ja lopulta luovutettiin työelämäkumppanille. Arvioinnit purettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä soveltaen, vaikka kyse olikin enemmän palautteen hankkimisesta.

Tekijöiden työelämässä havaittu tarve oppaalle oli lähtökohta koko työlle. Ohjaus hoitotyössä on haastava asia ja omaiset voivat olla hätäntyneitä, kirjalliseen materiaaliin on helppo tukeutua ja palata jälkeenpäinkin. Ikääntyneen sairaaladeliriumista havaittiin myös olevan melko vähän tietoa saatavilla.

Työelämäkumppanin henkilöstön kanssa keskustellessa kävi ilmi, että vastaavia oppaita kaivataan enemmänkin. Henkilökunta koki, että kirjalliset materiaalit ovat myös omaisten ja potilaiden puolesta kaivattuja.

**Asiasanat:** sairaaladelirium, äkillinen sekavuus, ikääntynyt, omainen, opas

Raita Janette, Savolainen Jonna-Mari

**Elderly patients' delirium in hospital-guide book for relatives**

Year	2017	Pages	45
------	------	-------	----

This thesis is a functional thesis where, based on literature review, a guide book called "Elderly patients delirium in hospital - a guide book for relatives" was produced to the working life partner (HUH, Töölö hospital) as downloadable material. The purpose of the thesis was to produce a guidebook about elderly patients' delirium in hospital for the relatives. The objective was to promote the relatives' knowledge about the elderly patients' delirium in hospital. The purpose of the guide book was to provide information to the relatives of an elderly patient.

The background for this thesis is based on surveys, literature and electronic material. The issues that are described were: changes brought on by aging and their effects on treatment, factors causing delirium, treatment and also the possibilities for the relatives to participate in the treatment process. The importance of written material in guidance was also described and the relatives' importance was emphasized in the produced guide book.

The guidebook was written based on a literature review and it was printed out as a booklet for evaluation. The people evaluating the guidebook consisted of laymen and nursing staff appointed by the working life partner. Based on the evaluations the guidebook was improved. After the pictures were taken and guidelines for layout were received from the working life partner, the book was finalized and handed over to the working life partner. The evaluations were processed through qualitative research methods although the main purpose for them was to receive feedback.

The starting point for the whole thesis was the need for this kind of a guidebook found by the authors in working life. Guidance and instruction in nursing is a challenging and increasing part of the job. During the guidance the relatives can be distressed and anxious, so it might be easier for them to rely on the written material to reassure themselves. It was also found that there is only scant information available about elderly patients' delirium.

In discussion with the staff of the working life partner it emerged that similar guidebooks on other subjects would also be needed. The staff felt that written material would be welcomed also by patients and their relatives.

**Keywords:** elderly patients, delirium in hospital, guidebook, relatives

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Ikääntymisen moninaiset muutokset.....	7
2.1	Muutoksien vaikutus lääkitykseen .....	8
2.2	Ikääntynyt ja anestesia.....	9
2.3	Ikääntyneen kipu ja sen lievitys .....	9
3	Sairaaladelirium .....	10
3.1	Yleisyys .....	11
3.2	Laukaisevat tekijät.....	11
3.3	Deliriumin oireet .....	12
3.4	Ehkäisy ja hoito.....	13
4	Omaiset hoitotyön voimavarana .....	15
5	Hyvän oppaan ominaisuuksia .....	17
6	Työelämäkumppani .....	18
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	19
8	Opinnäytetyöprosessi .....	19
8.1	Oppaan suunnittelu ja toteutus.....	19
8.2	Oppaan arviointi.....	20
9	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	24
9.1	Oppaan tarkastelu.....	25
9.2	Kehittämis ehdotukset .....	26
	Lähteet .....	27
	Liite 2 Arviointilomake ammattilaisille.....	32
	Liite 3 saatekirje.....	33
	Liite 4 opas .....	34

## 1 Johdanto

Väestörakenteen muutos on Suomessa Euroopan nopeinta, Suomi on yksi Euroopan ikääntyneimmistä maista. Väestö ikääntyy eliniän pitenemisen ja syntyvyyden laskun myötä. (THI 2007; Parjanne 2004) Tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan ikääntyneellä yli 65 vuotiasta potilasta.

Suurimmalla osalla deliriumiin sairastuneista ikääntyneistä potilaista delirium ilmenee hypoaktiivisena ja yksi kolmasosa hyperaktiivisena deliriumina. Hypoaktiivisella deliriumilla tarkoitetaan tilaa, jolloin iäkäs on hiljainen ja passiivinen. Hyperaktiivisessa deliriumissa iäkäs voi olla motorisesti levoton, paranoidinen ja aggressiivinen. (Laurila 2008; Laurila 2015) Ikä on yksi sairaaladeliriumin riskitekijöistä. (Laurila 2006)

Tämän opinnäytetyön perimmäisin lähtökohta oli tekijöiden oma kiinnostus ja työelämässä havaittu tarve ikääntyneen sairaaladeliriumista kertovalle oppaalle. Oppaita omaiselle ei tästä aiheesta ole tarjolla. Työssä halutaan painottaa ikääntyneen sairaaladeliriumin eroavaisuutta alkoholiin liittyvään delirium tremens-tilaan. Vaikka sairaaladelirium onkin hoitotyössä jo hyvin tunnettu ja yleinen, jää silti valtaosa tapauksia huomaamatta. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 68).

Opinnäytetyö oli toiminnallinen opinnäytetyö, jossa kirjallisuuskatsauksen perusteella tuotettiin sähköinen materiaali opasta varten työelämäkumppanille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas omaiselle ikääntyneen sairaaladeliriumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää omaisten tietoutta ikääntyneen sairaaladeliriumista. Tuotettavan oppaan tarkoituksena oli tarjota tietoa omaisille ikääntyneen sairaaladeliriumista.

Kirjallinen materiaali antaa hoitajasta omaiselle valmistautuneen ja ammattitaitoisen kuvan. Hoitajalle kirjallinen materiaali on hyvä työväline tukemaan suullista ohjausta. Omainen voi rauhassa palata asian äärelle kotona kirjallista materiaalia hyväksi käyttäen.

Opinnäytetyö tehtiin osana Laurea-ammattikorkeakoulun ohjaus hoitotyössä hanketta. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa opinnäytetöitä potilasohjauksesta ja hoitotyön opiskelijoiden ohjauksesta. Hankkeen tavoitteena on kehittää potilas- ja opiskelijaohjausta. Tämän työn työelämäkumppanina toimi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö Töölön sairaalassa.

## 2 Ikääntymisen moninaiset muutokset

Fysiologisista vanhenemismuutoksista oleva tieto on pitkälti peräisin poikkileikkaustutkimuksista, joissa on vertailtu eri-ikäisiä ihmisiä. Luotettavin tieto saataisiin tietysti seuraamalla riittävän kauan terveenä pysyviä ihmisiä, mutta tällaiset tutkimukset ovat vaikeita toteuttaa. Niinpä poikkileikkaustutkimusten perusteella on vanhenemismuutoksiksi tulkittu erot, joita on havaittu hyväkuntoisena pysyneiden vanhusten ja nuorten välillä. Kuitenkin näiden tulosten tulkintaa sekoittaa helposti se, että eri ikäisten terveiden ihmisten elämäntapojen välillä on todella suuria eroja. Myös erilaiset sairaudet, jotka ovat vähäoireisia mutta rajoittava maksimaalista suorituskkyä, vaikeuttavat tulosten tulkintaa. Sekundaarisesta ja primaarisesta vanhenemisesta johtuvat syyt ovat vaikeasti eroteltavissa. Sekundaarinen vanheneminen tarkoittaa muutoksia, jotka syntyvät ja kiihtyvät sairauksien ja toiminnan vajauksien aiheuttamissa toimintakyvyn muutoksissa. Esimerkiksi vanhusten sepelvaltimotauti on vähäoireinen, mutta toimintakyvyn melko merkittävästikin vaikuttava sairaus. Huomioitavaa olisi, ettei vanhenemisoireista tehtäisi sairauksia, vaikkakin ne ilmenevät usein samankaltaisina merkkeinä. Vanhenemisilmiöiden liika tulkitseminen ja leimaaminen sairaudeksi johtaa helposti yli diagnoosiin ja vaarantaa ikääntyneen autonomian, johtaa ylläkäitsemiseen ja -hoitoihin sekä heikentää elämänlaatua. Yleisesti voidaan ajatella vanhenemisilmiöillä olevan tiettyjä yleispiirteitä. Näitä ovat sisäsyntyisyys, universaalius, kroonisuus, parantumattomuus, toimintakyvyn heikkeneminen sekä haavoittuvuus. (Tilvis 2016)

Vanhenemismuutokset vaikuttavat erityisesti muuttuvissa tilanteissa elimistön sopeutumiseen, eli jokapäiväinen elämä sujuu mutta tavallista rajumpi stressi tai rasitus ovat liikaa, eikä elimistön kapasiteetti enää riitä. Esimerkiksi sydämen hypertrofian takia ikääntynyt on herkempi hypovolemialle tai vastaavasti liiallisen nestelastin yhteydessä sydämen vajaatoiminnalle. Systolinen verenpaine nousee, kun ikääntyessä valtimoiden seinämät menettävät kimmoisuutta, vastaavasti diastolinen verenpaine laskee 60 ikävuodesta lähtien. Tämä taas aiheuttaa sen, että sydämen jälkikuorman kasvaessa, sydämen fibroottinen lihaskudos lisääntyy ja sydänlihas kasvaa (hypertrofia). Sydänlihas altistuu iskeemisille muutoksille ja sydämen hapenkulutus kasvaa. Sydän sopeutuu heikommin muuttuneisiin tilanteisiin, eikä kykene enää lisäämään iskutilavuutta, myös lyöntitaajuus heikkenee. Sydän ei pysty sopeutumaan muuttuvaan nestetilavuuteen ja näin hypovolemian yhteydessä ikääntynyt on herkempi verenpaineen laskulle. Myös hengityselimistössä muutokset ovat samankaltaisia, rintakehän liikkuvuuden vähentyminen kylkirustojen luutuessa ja lihasmassan vähentyessä myös rintakehän voima vähenee ja näin hengitys vaikeutuu vähäkään raskaammissa ponnistuksissa. Sisään- ja uloshengityksen reservien vähentyessä valtimoveren ja alveolien happiero kasvaa ja valtimoiden happiosapaine laskee. Merkittävää hengityskapasiteetin laskun ja värekarvatoiminnan heikentymisen yhteydessä on myös heikentynyt eritteiden poisto, yhdessä kurkunpään alentuneen tunnon kanssa, ne kasvattavat aspiraatoriskiä. (Tarkkila 2014.)

## 2.1 Muutoksien vaikutus lääkitykseen

Ikääntyessä kehossa tapahtuu monia muutoksia, joilla on suoraan vaikutuksia eri lääkkeiden farmakokinetiikkaan. Syljen erityös vähenee ja mahalaukun pH nousee suolahapon erityksen vähentyessä. Mahalaukku myös tyhjenee hitaammin. Ohutsuolen pinta-ala pienenee ja myös suoliston motiliteetti eli liikkuvuus hidastuu (Kivelä & Räihä 2017, 6). Aktiivisten imeytymismekanismien heikentyessä lääkeaineiden imeytyminen voi hidastua, vaikkakaan imeytymisen kokonaismäärä ei muutu. Myös lääkeaineiden jakautumiseen vaikuttavat monet muutokset. Sydämen minuuttitilavuus pienenee ja ääreisverisuoniston vastus kohoaa, myös plasman albumiinipitoisuus pienenee. Kehon veden paino-osuus pienenee ja vastaavasti rasvan paino-osuus suurenee. Näin rasvaliukoisten lääkeaineiden jakaantumistilavuus suurenee ja vesiliukoisten taas pienenee. Maksan verenkierto ja samalla ensikierron metabolia heikkenee, myös maksasolujen määrä vähenee. Maksan entsyymiaktiivisuus voi heiketä. Lääkeaineiden eliminoitumiseen taas vaikuttaa munuaisten toiminnan muutokset, kuten munuaisten ja munuaiskerästen pienentyminen, munuaisten verenkierron heikkeneminen ja munuaiskerästen määrän vähentyminen. Munuaisten suodatuskyky, sekä aineiden erittäminen elimistöstä pois virtsan mukana ovat heikentyneet ja hidastuneet. On siis otettava huomioon, että lääkeaine saattaa imeytyä hitaammin ja myös poistua elimistöstä hitaammin puoliintumisajan pidentyessä. Metabolian heikentymisen takia lääkeaineet voivat myös kumuloitua elimistöön aiempaa enemmän. Lääkkeiden annostelu on siis syytä olla varovaisempaa ja annokset mahdollisesti pienempiä kuin nuoremmilla potilailla. (Kivelä & Räihä 2017, 6).

Ylipäätään ikääntymismuutosten takia lääkehoidossa täytyy olla tarkkana ja lääkitystä titraamalla pitäisi etsiä mahdollisimman hyvä hyöty-haittasuhde. Ikääntymisen tuomat muutoksen elintoiminnoissa vaikuttavat paljon erityisesti kipulääkkeisiin. Etenkin keskushermosto on alttiimpi haittavaikutuksille. Peruskipulääkkeistä Parasetamolia pidetään ikääntyneelle ensisijaisena. Tulehduskipulääkkeillä on paljon haittavaikutuksia, jotka korostuvat ikääntyneen kehossa ja esimerkiksi vuotoriski suurenee. Opioidien kohdalla annosmäärät ovat noin 25-30% pienempiä ikääntyneillä. Sivuvaikutuksista etenkin ummetuksen hoitoon tulisi ikääntyneen kohdalla suhtautua erityisellä tarkkuudella, sillä ikääntyneillä suolen toiminnassa on jo muutenkin muutoksia ja esimerkiksi traumasta ja operaatiosta johtuva hetkellinen toimintakyvyn lasku, sekä ravitsemuksen muutos lisäävät jo yksissään ummetuksen riskiä. Opioidien yhteydessä myös sedatiivisia vaikutuksia on syytä seurata huolellisesti (Kalso 2009).

Lääkkeiden eliminaation hidastumisen vuoksi lyhyen puoliintumisajan lääkkeet voivat olla paremmin siedettyjä. Ikääntymismuutokset ovat kovin yksilöllisiä, joten yksilöiden väliset erot myös lääkityksen sietokyvyssä ovat huomattavat. (Tilvis, viitattu 3.11.17)



## 2.2 Ikääntynyt ja anestesia

Ikääntynyt leikkauspotilaana on aina haaste. Monilla ikääntyneillä on taustalla perussairauksia joiden lääkitykset vaikuttavat anestesiasta ja itse operaatiostakin toipumiseen. Kuitenkin nykyäivänä ikääntyneitäkin operoidaan paljon ja esimerkiksi lonkkamurtumia leikataan palliatiivisen kivunhoidon näkökulmasta. Aina ei siis ole tavoitteena kotikuntoisuus, toisaalta taas trauman aiheuttama raju toimintakyvyn lasku voidaan korjata leikkauksella ja aiemmin itsenäinen ja toimintakykyinen ikääntynyt kuntoutuu kotikuntoiseksi. Miettiessä leikkauskelpoisuutta tulee ikääntyneen kohdalla katsoa kokonaistilannetta ja operaation vaikutusta inhimilliseen elämään, pelkkää ikää ei voida pitää indikaationa operaatiosta luopumiseen (Tarkkila 2014).

Ennen leikkausta tulee ikääntyneen kohdalla arvioida myös kipua. Kipu voi häiriinnyttää yönunta ja edelleen lisätä sekavuuden syntyä, kotona käytettävää unilääkettä voi myös sairaalassa käyttää turvallisesti. Mikäli leikkausta joutuu odottamaan, tulee ikääntyneen kohdalla harkita preoperatiivista puudutusta. Esimerkiksi lonkkamurtumapotilaille soveltuva femoralispuudutus, eli reisihermon puudutus, on turvallinen ja suhteellisen helppo toimenpide. Myös esilääkkeen tarvetta arvioitaessa tulee ottaa huomioon ikääntyneen, sekä fyysinen, että psyykkinen kunto. Ikääntyneen hoidossa ei suositella antikolinergisiä vaikutuksia omaavia lääkkeitä, ne saattavat lisätä postoperatiivista sekavuutta. (Tarkkila 2014).

Ikääntyneen anestesia vaatii anestesia-alääkäriltä paljon osaamista. Vaikka periaatteessa kaikki anestesia-aineet soveltuvat myös ikääntyneen anestesiaan, tulee niiden annostelussa noudattaa varovaisuutta. Elimistön muutoksista, kuten vesimäärän pienenemisestä, johtuen myös lääkeainepitoisuus veressä nousee ja hidastunut uudelleenjakautuminen myös pitää sen suurena. Niinpä esimerkiksi 80-vuotiailla anesteettien tarve on pienentynyt keskimäärin 20-30%. Ikääntyneen anestesiassa tulisi pyrkiä siihen, että potilaan toimintakyky olisi mahdollisimman pian anestesian jälkeen palautettavissa ja potilas saataisiin mahdollisimman aikaisin mobilisoitua. Aikainen mobilisaatio ja toimintakyvyn palautuminen pienentävät postoperatiivisten komplikaatioiden riskiä (Tarkkila 2014).

## 2.3 Ikääntyneen kipu ja sen lievitys

Ikääntynyt on kivunhoidossa haastava kumppani, niin hoitotyön, kuin lääketieteenkin näkökulmasta. Taustalla olevat perussairaudet ja niihin liittyvä sairauden tunto vaihtelevat suuresti ikäryhmän sisällä ja vaikuttavat suuresti kivun kokemukseen. Erityisesti erilaiset muistisairaudet tai esimerkiksi afasia vaikuttavat kivun ilmaisemiseen hyvin paljon. Ikääntyneen kivunhoidossa hoitajalla onkin suuri rooli potilaan havainnoimisessa. Kun sanoja kivun ilmaisuun ei löydy tai kipumittarin käyttö ei onnistu, täytyy hoitajan nähdä potilaan ilmeistä, eleistä jne. mahdolliset kivun tuntemukset (Kalso 2009).

Kova kipu ja opiaatit suurilla annoksilla ovat omiaan lisäämään riskiä postoperatiivisesti syntyvään ikääntyneen deliriumiin. Kiinalaisessa yliopistollisessa sairaalassa vuosina 2011-2013 toteutettu tutkimus tutki suonensisäisesti annostellun Parekoksibi-Morfiini-yhdistelmän vaikutuksia, lonkka- ja polvileikattujen (tekonivelleikkaus), ikääntyneiden potilaiden deliriumin ilmaantuvuuteen. Kaikki leikkaukset tehtiin kombinoidussa spinaali-epiduraalipuudutuksessa ja osalle postoperatiivisena kipulääkkeenä käytettiin Parekoksibi-Morfiini-yhdistelmää ja osalle pelkkää suonensisäistä Morfiinia ja plasebona Parekoksibin tilalla keittosuolaa. Tuloksissa havaittiin, että plasebo-ryhmään verrattuna Parekoksibi-Morfiini-yhdistelmää saaneiden kohdalla deliriumin ilmaantuvuus laski 6, 2%:iin, plasebo-ryhmällä sama lukema oli 11%. Parekoksibi-Morfiiniyhdistelmää saaneet kokivat myös vähemmän kipua mutta erot olivat pieniä. Postoperatiivisissa komplikaatioissa ei ollut eroja ryhmien välillä. (Mu DL 2017.)

Vaikka kivun arvioinnissa ja sen hoidossa ikääntyneen kohdalla onkin suuria haasteita, on erittäin tärkeää, että kipu tulee hoidetuksi parhaalla mahdollisella tavalla. Ikääntyneen kohdalla kivun tuntemukset viivästyttävät kuntoutumista ja näin ollen riski toimintakyvyn pysyvään laskuun suurenee. Ikääntyneen lonkkamurtumia koskevan käypä hoito-suosituksen mukaan tarkka kirjaaminen, potilaan seuranta sekä myös kipulääkkeen jälkeinen arviointi on tärkeää, jotta potilaalle mahdollistuu riittävä kivunhoito. Akuuttiin kipuun opioidit ovat hyvä lääke, niiden käytössä tulee kuitenkin noudattaa tarkkuutta ja annokset suunnitella yksilöllisesti. Käytön tulisi olla myös mahdollisimman lyhytkestoista. (Käypä hoito-suositus)

### 3 Sairaaladelirium

Delirium, eli akuutti sekavuusoireyhtymä, on elimellisten tekijöiden aiheuttama, nopeasti alkava, aivotoiminnan häiriö. (Hartikainen & Lönroos 2008,46; Laurila 2016) Delirium ilmenee kognitiivisten toimintojen äkillisenä heikentymisenä. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanoton, käsittelyn, hankinnan sekä säilyttämiseen liittyviä toimintoja. Ikääntyneellä sekavuus määritellään etenkin tarkkaavaisuuden häiriöksi ja se liittyy usein somaattisiin sairauksiin. Iäkkään potilaan yksi tavanomaisimmista syistä sairaalan joutumiseen on sekavuus. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, 6; Strandberg 2013; Tuulio-Henriksson 2011)

Delirium on ikääntyneillä sairaalahoidossa olevilla potilailla yleinen. Hoitajat ovat avainasemassa deliriumin tunnistamisessa sekä ennaltaehkäisyssä. Jopa noin 40% delirium-tapauksista olisi ehkäistävissä. Dementoivat sairaudet lisäävät deliriumin riskiä ja se on usein kehittyvän dementian ensimmäinen oire. (Hartikainen & Lönroos 2008,46)

Deliriumin tunnistaminen ikääntyneillä potilailla on ammattilaisille haastavaa, sillä oireet ovat pitkälti samanlaisia kuin dementoivissa sairauksissa. Tunnistamisesta tekee vaikeaa myös se, että delirium ja dementoiva sairaus voivat olla samanaikaisesti. Deliriumin tunnistamiseen on kehitetty erilaisia testejä. Tunnetuin on CAM-testi (Confusion assesment method). (Laurila ym. 2006, 14)

### 3.1 Yleisyys

Sekavuutta esiintyy sairaalahoidossa olevilla ikääntyneillä 10-40%:lla. Terminaalisyöpää sairastavilla potilailla deliriumia esiintyy yli 80%:lla, ja tehohoitoa vaativilla potilailla yli 50%:lla. Pienempiä esiintyvyyksiä on kirurgiassa ja akuuttihoitossa, missä esiintyvyys vaihtelee 20-40% välillä. (Laurila 2008) Delirium-potilaista havaitaan noin kolmasosa. Deliriumin yleisyydestä huolimatta se tunnetaan huonosti ja tunnistamista pidetään vaikeana sekä ennustetta huonona. (Laurila 2016; Laurila 2008; Järvinen 2009)

Amerikkalaisessa julkaisussa vuonna 2015 "Journal of the American Geriatrics Society" julkaistussa tutkimuksessa tutkittiin murtuman takia lonkkaleikattuja potilaiden joukossa ilmaantuvaa postoperatiivista deliriumia. Deliriumia mitattiin CAM-testillä, joka toistettiin neljä kertaa toipumisen aikana, deliriumia ajateltiin olevan CAM testistä positiivisen lukeman saaneilla. Deliriumin luokittelu oli tehty karkeasti juuri hypo- ja hyperaktiiviseksi, näiden yhdistelmäksi tai normaaliksi psykomotorisen oireiden ryhmäksi. Tutkimuksessa ilmeni, että kokonaisuudessaan deliriumia ilmenee 41%:lla. Normaalien psykomotoristen oireiden ryhmään jakautui 14%, hypo- ja hyperaktiivisten oireiden yhdistelmäryhmään 21% ja hiukan yllättäen hyperaktiivisesti oireilevia oli vain 10%, sen sijaan hypoaktiiviseksi oireileviksi luokiteltiin jopa 56%. Tutkimuksessa todettiin, että hypoaktiivinen delirium on siis yleisin ilmenemismuoto, kuitenkin sen tunnistaminen ja siitä kirjaaminen oli vähiten todennäköistä. (Journal of the American Geriatrics Society 2015)

Loponen on vuonna 2009 julkaistussa tutkimuksessa tutkinut ohitusleikkaukseen liittyvän ohimenevän sekavuuden vaikutusta elämän laatuun 36 kuukauden ajan. Tuloksissa arvioitiin 300 ohitusleikattua ja pallolaajennettua potilasta. Tulosten mukaan 6% potilaista sairastui deliriumiin. Deliriumiin sairastuneet olivat vanhempia potilaita. Ohitusleikkaukseen liittyvänä komplikaationa delirium huononsi leikkauksen jälkeistä elämänlaatua. Delirium lisäsi myös resurssien käyttöä sekä alensi eloonjäämisennustetta. (Loponen 2009,56-57)

### 3.2 Laukaisevat tekijät

Deliriumin laukaisevia tekijöitä voivat olla stressi, kipu sekä univaje. Etenkin unen häiriöt iäkkäillä sairaalahoidossa olevilla potilailla ovat yleisiä, mutta niiden yhteyttä deliriumiin ei ole tutkittu. Unen häiriöitä ja deliriumin ilmaantuvuutta on mitattu eräässä tutkimuksessa, käyttäen erilaisia unta ja uni-valverytimiä kuvaavia mittareita. Potilaita arvioitiin viikon ajan päivittäin. Tutkimuksessa tutkittiin 145 ikääntyneiden akuuttisairaalassa olevaa potilasta. Tutkimusryhmät oli jaettu pelkästään deliriumia sairastaviin, pelkästään dementiaa sairastaviin ja potilaisiin, jotka sairastivat molempia. Mukana oli myös verrokkiryhmä, jossa potilailla ei ollut deliriumia, eikä dementoivaa sairautta. Tutkimuksen mukaan deliriumin ilmaantuvuus kasvoi sitä mukaa, kun uni-valverytminkin häiriöt kasvoivat. Ajan kuluessa uni-valverytmin häiriöiden

havaittiin merkittävästi korreloivan deliriumin ilmaantuvuuden kanssa, ei niinkään iän, sukupuolen tai dementiaan kanssa. Tästä voitiin päätellä siis unella olevan vaikutusta deliriumiin. Todettiin myös, että mahdollisesti unta monitoroimalla ja valvomalla, voitaisiin delirium-tapauksia havaita ja ehkäistä aiemmin. (Fitzgerald ym. 2017) Muita tekijöitä voivat olla liian vähät häiset tai runsaat ärsykkeet sekä vieras ympäristö (Huttunen 2015) Riskiä lisäävät lisäksi korkea ikä, muistisairaudet, heikko yleiskunto, aikaisemmat aivovauriot, näön ja kuulon heikentyminen sekä lääkkeiden ja päihteiden käyttö. Myös fyysiset rajoitukset, kuten lepositeiden käyttö, voivat altistaa deliriumille. (Laurila 2015; Huttunen 2016)

Deliriumin yleinen syy ja laukaiseva tekijä ovat kuitenkin usein erilaiset lääkkeet. Ahosen tutkimuksen mukaan ikääntyneet potilaat käyttivät lääkkeitä, joita ikääntyneillä tulisi välttää. Niitä käytti joka neljäs tutkimukseen osallistunut ja joka viiden altistui lääkkeiden yhteisvaikutuksille. Lääkkeiden käyttö oli yhteydessä sairauksien määrään. Ikääntyneillä vältettävien lääkkeiden käyttö ja yhteisvaikutukset aiheuttavat haittavaikutuksia, jotka olisivat ennaltaehkäistäväissä. Tällaisia lääkkeitä ovat esimerkiksi antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet kuten fentiatsiinit, trisykliset antidepressiivit, antihistamiinit, Parkinson-lääkkeet sekä virtsainkontinenssin hoitoon tarkoitetut antikolinergiset lääkkeet. (Ahonen 2011)

Häiriön voivat aiheuttaa myös erilaiset somaattiset sairaudet, infektiot, metaboliset ongelmat sekä kardiovaskulaariset ja keskushermostoperäiset syyt. Myös myrkytykset, traumat, nestetasapainon häiriöt sekä leikkausten jälkitilat voivat olla deliriumin taustalla. Delirium voi olla iäkkään potilaan ainoa oire sydäninfarktista tai sydämen vajaatoiminnasta. (Laurila ym. 2006, 8-12; Huttunen 2015; Laurila 2016; Hartikainen & Lönroos 2008, 46)

### 3.3 Deliriumin oireet

Deliriumin ilmeneminen voidaan karkeasti jakaa hypo- sekä hyperoireisiin. Hyperaktiivisessa deliriumissa potilas on usein levoton ja hänellä voi olla myös muita agitaatio-oireita. Agitaatio-oireilla tarkoitetaan esimerkiksi voimakasta ärtyneisyyttä, muuta levottomuutta sekä tilannekohtaisia käytösoireita. Potilaan uni- ja valverytmi voi olla häiriintynyt eikä potilas nuku öisin vaan muuttuu levottomammaksi. Hyperaktiivinen delirium on näkyvien oireidensa takia helpompi tunnistaa. Hypoaktiivisessa deliriumissa potilas voi olla hidastunut sekä omissa maailmoissaan, tämän takia se sekoitetaan usein dementiaan. Tilannetta, jossa potilaalla on sekä hypo- että hyperoireita kutsutaan sekamuotoiseksi deliriumiksi. (Laurila ym. 2016; Muistisairaiden käypä hoito- työryhmä 2016; Suomalainen 2016)

Sairaaladeliriumin oireet ovat joka tapauksessa kovin tapauskohtaisia ja esiintyvät yleensä monioireisena. Muistisairaudesta sairaaladeliriumin voi erottaa siten, että sairaaladelirium ilmenee aina äkisti. Sairaaladeliriumia sairastavan potilaan voi olla vaikea seurata, keskittyä ja noudattaa annettuja ohjeita. Toisin kuin alkoholin aiheuttamassa deliriumissa, potilaat eivät

välttämättä koe aistiharhoja, eivätkä välttämättä ole aggressiivisia ja levottomia. Toisilla delirium voi kuitenkin ilmetä pelkinä aistiharhoina sekä harhakuvitelmina. (Pitkälä 1996; Laurila ym. 2006,6)

Deliriumin ensioireena voi olla myös pelkkä passiivisuus. Potilas voi olla täysin omissa maailmoissaan. Potilaalla voi myös ilmetä tietoisuuden häiriö eli potilas ei välttämättä tiedä missä on, mikä päivä tai kuukausi on. Muistihäiriöitä ja kielen vaikeutta voi myös ilmetä. Sairaala-deliriumia sairastava voi joutua hakemaan pitkään sanoja. Tunnetilat voivat myös vaihdella itkuisuuden, ärtyneisyyden sekä aggressiivisuuden välillä. Pahimmillaan oireet ovat yleensä iltaisin mutta voivat esiintyä mihin vuorokauden aikaa tahansa. Erityisesti muistisairailta ikääntyneillä potilailla hypoaktiivinen delirium on selvästi yleisempi. Potilaan yleistilan heikentyessä tai potilaan vetäytyessä olisikin tärkeää muistaa deliriumin mahdollisuus. (Pitkälä 1996; Laurila ym. 2006,6)

Amerikkalaisessa, vuonna 2011 julkaistussa, tutkimuksessa ” Phenomenology of the subtypes of delirium: phenomenological differences between hyperactive and hypoactive delirium.” tutkittiin hyper- ja hypoaktiivisen deliriumin välisiä eroja ja pyrittiin osoittamaan erot näiden välillä etenkin havaintokyvyn häiriöiden ja harhaluulojen ilmaantuvuudessa. Aineisto kerättiin tutkimalla 100 deliriumtapauksen MDAS (Memorial Delirium Assessment Scale) -tuloksia. Tutkitut tapaukset olivat arvioitu ja hoidettu Memorial Sloan-Kettering Cancer Center-nimisessä laitoksessa. Hyper- ja hypoaktiivisen deliriumin välillä havaittiin olevan merkittäviä eroja havaintokyvyn häiriöiden ja harhaluulojen esiintyvyyden ja vakavuuden suhteen. Hyperaktiivisessa deliriumissa niitä esiintyi merkittävästi enemmän, havaintokyvyn häiriöitä 70,2%:lla ja harhaluuloja 78,8%:lla. Hypoaktiivisessa deliriumissa havaintokyvyn häiriöitä esiintyi 50,9%:lla ja harhaluuloja 43,4%:lla. Molemmissa tyypeissä havaittiin havaintokyvyn häiriöiden ja harhaluulojen merkittävästi korreloivan vakavien tietoisuuden ja huomiointikyvyn häiriöiden ja kiihtyneisyyden kanssa mutta ei niinkään kognitiivisten häiriöiden kanssa. Tuloksista pääteltiin, että poiketen aiemmista tutkimuksista, joissa havaintokyvyn häiriöiden ja harhaluulojen esiintyvyyden on arvioitu olevan hypoaktiivisessa deliriumissa vähäistä, tämä tutkimus osoitti näiden oireiden olevan paljon yleisempiä myös hypoaktiivisessa deliriumissa ja ansaitsevan huomion ja niihin puuttumista. (Boettger & Breitbart 2011)

### 3.4 Ehkäisy ja hoito

Deliriumia voidaan ennaltaehkäistä tehokkaalla neste- ja kivunhoidolla, optimoimalla lääkettä, normalisoimalla unirytmia sekä edistää aikaan ja paikkaan orientoitumista. (Hartikainen & Lönroos 2008, 52) Suomalaisessa tutkimuksessa tutkittiin 120 tehohoitopotilaan unenlaatua itsearvioimalla. Tulosten mukaan ikääntyneet potilaat (tässä tutkimuksessa yli 60 vuotta) nukkuivat nuorempia paremmin. Ikävuosien lisääntyessä uni oli syvempää. (Kiljunen ym. 2016)

Deliriumin hoidossa keskeistä on sekavuuden laukaisevan tekijän tunnistaminen ja hoitaminen. Sekavuuden syyn selvittämiseksi voidaan tehdä seuraavia tutkimuksia: esitietojen eli anamneesin selvittäminen, käytössä olevien lääkkeiden tarkistaminen, kliinisen ja neurologisen yleisstatuksen kartoittaminen, sydänfilmin ja keuhkokuvien ottaminen, veren happisaturation mittaaminen, verikaasuanalyysin, perusveren kuvan ja tulehdusarvojen määrittäminen, likvornäyte sekä pään tietokonekuvan tai magneettitutkimuksen tekeminen. (Hartikainen & Lönroos 2008, 47; Laurila ym. 2006,13).

Deliriumista kärsivän potilaan vitaalielintoiminnot ja yleishoito tulee varmistaa. Riittävästä lämmöstä, hapetuksesta, nesteytyksestä, hemoglobiinista ja ravitsemuksesta tulee huolehtia. Perustarpeet, kuten hampaiden ja suun hoitaminen, virtsaaminen ja ulostaminen on syytä varmistaa ja tarvittaessa avustaa katetroimalla ja laksatiiveja käyttämällä. Turhat lääkitykset tulisi poistaa, makuuhaavoja ja vammoja ehkäistä. Myös ikääntyneen potilaan kuntoutuksesta tulisi huolehtia. Aivojen tulisi saada tarpeeksi happea ja energiaa. (Hartikainen & Lönroos, 2008, 48; Laurila ym.2006, 18; Laurila 2016)

Deliriumin hoito on neliportainen. Ensimmäiseksi hoidetaan aiheuttaja, seuraavaksi tulevat yleishoito, oireiden hoito sekä komplikaatioiden esto. Somaattisen syyn hoitaminen on myös välttämätöntä. Etiologisen tekijän selvittämiseen tulee käyttää aikaa. Jokaisen delirium-potilaan käyttämät lääkkeet tulisi käydä läpi ja poistaa tai ainakin vähentää niitä, jotka aiheuttavat tai pahentavat deliriumia. (Laurila ym. 2006,19). Deliriumin luonteesta johtuen on potilaalta itseltään usein mahdotonta saada luotettavia tietoja terveydentilasta. Lähetetiedot sekä omaisilta saadut tiedot ovat tärkeitä. (Hartikainen & Lönroos, 2008,47)

Sairaaladeliriumiin ei ole varsinaista parantavaa lääkehoitoa mutta siitä aiheutuvaa levottomuutta voidaan hallita erilaisilla lääkkeillä. Tarvittaessa voidaan antaa toisen polven psykoosilääkettä levottomuuden ja harhaisuuden hallintaan. Risperidonista on eniten näyttöä ikääntyneen deliriumin hoidossa, joten sitä voidaan pitää ensisijaisena lääkkeenä oireiden hillintään. Risperidonia voidaan antaa 0,25-0,5mg yksi tai kaksi kertaa vuorokaudessa. Lisäksi potilaille voidaan antaa lisälääkkeenä ahdistuneisuuden helpottamiseksi tilapäisesti Loratsepaamia 1-2 mg tai vaihtoehtoisesti Oksatsepaamia 7,5-15mg yksi tai kaksi kertaa vuorokaudessa. Haloperidolia käytetään vaikeassa levottomuudessa, mutta haittavaikutukset ovat vähentäneet sen käyttöä ja sitä kannattaa käyttää ikääntyneillä potilailla varoen. Haloperidolin yleinen annostus on 0,5mg-2,5mg injektiona ja se voidaan tarvittaessa toistaa. Olantsapiini on vaikeiden ja aggressiivisävytteisestä deliriumista kärsivien potilaiden kohdalla hyvä lääkeaine. Joskus potilaille on tarpeellista antaa myös tilapäisesti unilääkettä kuten Tsopiklonia 3,75mg. (Laurila 2016; Laurila ym. 2006,11)

Psykoosilääkkeitä, kuten Haloperidoli, käytettiin alun perin skitsofrenian hoitoon, mutta pian niitä alettiin käyttää myös muiden käytöshäiriöiden hoidossa. Australiassa tutkittiin 247 potilasta, jotka olivat joko saattohoitokodissa tai palliatiivisen hoidon yksikössä. Tutkimuksessa tutkittiin Risperidonin, Haloperidolin sekä lumelääkkeen vaikutuksia deliriumin hoidossa. Potilaista 82 sai Risperidonia, 81 Haloperidolia ja 84 lumelääkettä. Tutkimuksen mukaan Risperidonia sekä Haloperidolia saaneet potilaat kärsivät enemmän deliriumin oireista kuin lumelääkettä saaneet. (Jyrkiö 2017; Meera, Agar, Peter, Lawlor & Stephen 2017)

Deliriumia on pidetty reversiibelinä tilana, eli potilas palautuisi ennalleen deliriumin jälkeen. Neuropsykologisissa seurannoissa kuitenkin on havaittu, ettei toimintakyky ja kognition lähtötasoa ennen deliriumia aina saavuteta. Potilaista, joilla on ollut delirium, noin kolmasosa muistaa kokemuksensa (Laurila ym. 2006, 23).

Deliriumista toipuminen voi olla hidasta ja kestää useita kuukausia. Turvallinen ympäristö, tutut läheiset sekä hoitava henkilökunta auttavat vähentämään sekavuutta. Tutut esineet kuten kello, kalenteri, silmälasit auttavat orientoitumaan. (Huttunen 2015)

Ennuste riippuu laukaisevista tekijöistä. Yleisesti voidaan sanoa, että delirium kaksinkertaistaa sairaalahoidon keston. Kokonaisennuste riippuu perusterveydentilasta sekä deliriumin laukaisevasta sairaudesta. (Laurila ym.2006,24; Hartikainen & Lönroos 2008, 51)

Kun potilas on toipunut deliriumista, on hän usein kokemuksesta ahdistunut. Läpikäyminen on potilaan toipumisen eduksi. (Laurila 2016)

Delirium vaikeuttaa leikkauksen jälkeistä hoitoa sekä mahdollisten leikkausten jälkeisten komplikaatioiden havaitsemista ja jopa kaksinkertaistaa sairaalahoidon kestoja. Se lisää kuolleisuutta ja pysyvää laitoshoidoa sekä lisää loukkaantumisriskiä. Tärkeänä huomioon otettavana tekijänä on, että se on raskas kokemus potilaalle sekä omaisille. (Hartikainen & Lönroos 2008,51-52)

#### 4 Omaiset hoitotyön voimavarana

Omainen on hoitotyössä voimavara. Potilaille omaiset ovat tärkeitä tukijoita ja hoitajille he ovat yhteistyökumppaneita. Ikääntyneitä hoitaessa omainen on tärkeä tiedonlähde, ja ilman heitä hoito olisi hankalampaa. Taustatietojen kartoituksessa sekä jatkohoidon mietittäessä omaisten osuus on tärkeä. Omaisten osallistuminen hoitoon voi lyhentää potilaan sairaalassa oloa aikaa. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 53) Alasen tutkimuksen mukaan potilaat pitivät omaa tiedonsaantiaan, liittyen sairauteen, tutkimuksiin ja toimenpiteisiin, tärkeänä. Vähiten tärkeänä he pitivät kuitenkin omaisten osallistumista hoitoon. (Alanen 2002)

Omaisilla tarkoitetaan yleensä potilaan oman perheenjäsentä tai sukulaista. Laajemmin se voi käsittää myös oman perheenjäsenten lisäksi sukulaiset sekä heidän puolisonsa ja hyvin läheiset ystävät. (Lipponen ym. 2006, 45)

Läheisen sairastuminen voi koetella omaista monilla eri tavoilla. Toiset saattavat sairastua fyysisesti, toiset taas psyykkisesti ja osa taas kärsii molemmista. Hoitohenkilökunta voi tukea omaisia ohjaamalla. Ohjaus voi sisältää tiedollista sekä emotionaalista tukemista. (Lipponen ym. 2006, 42)

Hoitohenkilökunnan tulee arvioida potilaan fyysistä ja psyykkistä tilaa ja näiden tietojen pohjalta arvioida omaisen kaipaaman tiedon ja tuen määrää. Näin hoitohenkilökunta pystyy antamaan omaiselle yksilöllistä tietoa ja tukea. Siten omaisella on paremmat mahdollisuudet selviytyä läheisensä sairastumisesta aiheutuvasta ahdistuksesta. (Lipponen ym. 2006, 42)

Omaisiet odottavat hoitohenkilökunnalta tiedollista tukemista, eli tietojen antamista, jonka tarkoituksena on auttaa ongelmien ratkaisemisessa. Omaisiet tarvitsevat tietoa pystyäkseen käsittelemään läheisensä sairaudesta aiheutunutta stressiä. Tiedollisen tuen lähtökohtana voidaan pitää omaisen aiempia tietoja, kykyä vastaanottaa tietoa, tulkita sekä suhteuttaa sitä uuteen tilanteeseen. Omaisen tieto lisää sekä potilaan että omaisen tyytyväisyyttä ja turvallisuuden tunnetta. (Lipponen ym. 2006, 44)

Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön toimintaa, samalla se on tärkeä osa hoitoa. Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta potilaan, sekä omaisen terveyteen, ja sitä edistävään toimintaan. Haasteellisissa tilanteissa ohjaaminen vaatii tunnistamista sekä tiedottamista, mistä tekijöistä ohjaus koostuu. Hoitohenkilökunnalla tulee olla riittävästi aikaa omaisen kanssa keskusteluun. Hoitajasta voi tuntua, ettei omaisen ohjaamiselle löydy riittävästi aikaa. Omaisen ohjaus kuitenkin kuuluu hoitotyöhön ja sitä varten tulisi myös resursseja olla. (Lipponen ym. 2006, 46-50; Kyngäs & Kääriäinen 2006)

Omaisen osallistuminen hoitoon on usein riippuvaista potilaan iästä. Ikääntyneet ottavat usein omaisen mukaan ohjaustilanteeseen, sillä jatkohoidon onnistuminen on myös omaisen vastuulla. Omaisen osallistuminen hoitoon voi lyhentää potilaan sairaalahoidon kestoa ja lisää kotihoitoa. Omaisen huomioon ottaminen sekä hyvä ohjaaminen edesauttavat tehokkaan, laadukkaan ja taloudellisen hoidon toteutumista. On kuitenkin myös mahdollista, että omaisen osallistuminen hoitoon aiheuttaa rasitetta potilaalle sekä hoitohenkilökunnalle. Ylihuolehtivat, ylisuojelevat ja ahdistuneet omaiset voivat käytöksellään ja epärealistisilla odotuksillaan hidastaa sekä estää potilaan paranemista. (Lipponen ym. 2006, 43-53) Omaisista tulee rohkaista osallistumaan potilaan hoitoon. Omaisiet odottavat siihen usein kutsua. Kommunikaation hoitohenkilökunnan ja omaisen välillä tulee olla avointa yhteistyön alusta asti. Hoitohenkilökunnan tulee olla aktiivinen osapuoli ja esittää kiinnostusta omaisen tiedoille ja ky-



symyksille. Omaiset tahtovat keskustelua ja tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta, ennusteesta sekä jatkohoidosta. Jos potilas ei pysty itse ilmaisemaan, mitä toivoisi hoidoltaan tai hoitotoimenpiteen suorittamiselle tarvitaan lupa, ovat omaisten mielipiteet tärkeitä, niiden avulla voidaan saada potilaan tahto tiedoksi. Mikäli potilaan laillisen edustajan, lähiomaisen tai läheisen henkilön mielipidettä ei saada selville, potilasta hoidetaan potilaan edun mukaisesti. Samoin toimitaan myös siinä tapauksessa, että läheisten mielipiteet eroavat toisistaan. (Lipponen ym. 2006, 47; Valvira 2017)

Birgitta Mäkisen (2002) väitöskirjatutkimuksessa tutkittiin iäkkään henkilön omaisen kokemuksia läheisensä sairastumisesta ja sairaalassa olevan potilaan omaisena olemisesta, sekä hoitavien lääkärin ja sairaanhoitajien kokemuksia suhteessa omaiseen. Tulosten mukaan sairaanhoitajat pitivät omaisia potilaiden vieraina ja potilaille tärkeinä henkilöinä. Sairanhoitajat eivät kokeneet omaisia hoitotyön kohteina, eikä omaisia sen takia otettu huomioon hoitotyössä. Sairanhoitajat kokivat, että kiire, työaikajärjestelyt ja työorganisaatio olivat omaisista huolehtimisen esteenä. Tutkimuksessa olleiden sairaanhoitajien mielestä, he eivät olleet tyytyväisiä omaan toimintaansa ja pohtivat, miten omaisia pitäisi tukea, jos heillä olisi siihen aikaa. Tuloksissa käy myös ilmi, että läheisen sairastuminen voi aiheuttaa omaiselle fyysisiä ja psyykkisiä reaktioita kuten unettomuutta, väsymystä, masennusta, pelkoa, toivottomuutta sekä epävarmuutta. Lääkärit kuvaavat suhdettaan omaisiin etäisiksi. Lääkärit eivät ottaneet omaisia mukaan potilaan sairauden hoitoon tai sen suunnitteluun, mutta olivat kuitenkin tietoisia omaisten suuresta merkityksestä. (Mäkinen 2002)

## 5 Hyvän oppaan ominaisuuksia

Kirjallisessa ohjeistuksessa kuten esimerkiksi oppaassa olennaista on ohjeiden oikeellisuus ja miten asiat kerrotaan. Ohjeessa tulee käydä ilmi, kenelle se on tarkoitettu ja kuka on sen tehnyt. Tärkeää lukijan puhuttelua on käytännön toimintaohjeet. Tekstissä on soveliaista teitillä lukijaa. Passiivi ei puhuttele suoraan, eikä herätä tunnetta, että ohje on juuri lukijalle. Rakenteellisesti on hyvä aloittaa tärkeimmästä asiasta ja edetä vähemmän tärkeään, jotta lukija saa olennaisimman tiedon. Kuvien käyttö herättää mielenkiintoa, sekä auttaa myös ymmärtämään. Kuvien käytössä tulee ottaa huomioon tekijänoikeudet, kuvia ei voi vaan kopioida sivustoilta (Lipponen ym. 2006, 66-67).

Hyvän ohjeen kirjoittaminen ei ole aina yksinkertaista. Virkkeiden ja lauseiden tulee olla ymmärrettävissä sekä sisältö kattavaa. Päälauseessa kerrotaan pääasia ja sitä täydentävä asia sivulauseessa. Liian pitkät virkkeet aiheuttavat ongelmia lukijalle. Lauseeseen on voitu mahduttaa niin paljon yksityiskohtia, etteivät kaikki asiat pysy mielessä (Hyvärinen 2005, 1969).

Kirjoitettaessa ohjetta on noudatettava oikeinkirjoitusnormeja. Viimeistelemätön teksti, jossa on paljon kirjoitusvirheitä, hankaloittaa ymmärtämistä. Välimerkkien väärinkäyttö voi

aiheuttaa myös merkityseroja, sekä tulkintavaikeuksia. Lukija voi epäillä kirjoittajan ammat-  
tipätevyyttä, jos kirjoittaja ei osaa kielioppia (Hyvärinen 2005, 1969).

Ulkoasu palvelee sisältöä. Lähtökohtana on taitto, eli miten kuvat ja teksti on aseteltu. Tai-  
ton suunnittelu alkaa asettelumallista. Otsikot, tekstit ja kuvat asetellaan. Ohjeet tehdään  
tavallisesti joko pysty- tai vaaka - asennossa olevalle A4 arkille. Yksi- tai kaksisivuisille oh-  
jeille kaikista toimivin on pystymalli. Monisivuinen taas parhaiten vaakamallina. (Lipponen  
ym. 2006, 68)

On otettava huomioon, että ulkoasuun vaikuttavat marginaalien leveys, tekstin tasaus, kirja-  
simen tyyppi ja koko. Marginaali vaikuttaa ohjeen luotettavuuteen sekä ilmavuuteen. Teksti  
voidaan jakaa useisiin palstoihin, hyvä rivien pituus on 55-60 merkkiä. Fonttikoko on yleensä  
12. Fonttikokoa voi suurentaa vastaamaan kohderyhmän tarpeita.

Kirjasintyyppin täytyy olla helposti luettavissa sekä erottua taustastaan. Yleisimmät ovat Arial  
sekä Times New Roman. Leipäteksti on normaalisti pienaakkosia. Otsikon pitää olla lyhyt ja  
selkeä, se voidaan erottaa muusta tekstistä esimerkiksi lihavoimalla tai käyttää suurempaa  
tekstiä. (Lipponen ym. 2006,69)

## 6 Työelämäkumppani

Töölön sairaala kuuluu Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan (Hys) ja on osa Helsingin ja  
Uudenmaan sairaanhoitopiiriä (Hus). Sairaalassa hoidetaan ortopedian ja traumatologian, kä-  
sikirurgian, plastiikkakirurgian, anestesiologian ja tehohoidon ja neurokirurgian erikoisalojen  
potilaita. Töölön sairaalassa toimii Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin suurin trauma-  
tologian päivystyspiste, missä helsinkiläisten tapaturmapotilaiden ohella hoidetaan myös koko  
Uudenmaan alueen vaikeimmat tapaturmat. Töölön tapaturma-asemalta käsin myös johde-  
taan kansalliset suuronnettomuustilanteet (Töölön sairaala 2017).

Työelämäkumppani oli tarkemmin Hus/Hyks Töölön sairaalan tukielin- ja plastiikkakirurgian  
tulosyksikkö. Opas tehtiin tämän tulosyksikön osastoille. Opinnäytetyön ohjaajavana työelä-  
mäkumppanina toimi Töölön sairaalan kliininen opettaja.

Helsingissä on käytössä ns. lonkkaliukumäki, siinä lonkkamurtumapotilaat ohjautuvat järjes-  
telmällisesti jo ensihoidon arviosta lähtien tiettyyn hoitoketjuun. Ensihoidon jälkeen helsinki-  
läiset leikkaushoitoa vaativat lonkkamurtumapotilaat ohjautuvat Töölön sairaalan tapaturma-  
asemalle ja sieltä edelleen osastolle, leikattavaksi ja lopulta tukisairaaloihin jatkokuntoutuk-  
seen, ensisijainen sijoitus on Laakson sairaalan ortogeriatrien kuntoutusosasto. (Helsingin  
kaupunki 2016) Ikääntyneille sattuu myös paljon muita tapaturmia jotka vaativat leikkaushoi-  
toa. Murtumat ovat jo itsessään kivuliaita ja edellyttävät kivunhoidossa järeitä lääkkeitä, ku-  
ten opioideja. Leikattavissa murtumissa ikääntynyt myös nukutetaan, tai sedatoidaan muilla

keinoin, ja näin elimistöä rasitetaan taas kovilla lääkeaineilla. Trauma on jo itsessään johtanut äkilliseen sairaalaan joutumiseen ja perussairauksienkin hoito voi olla järkkynyt, uni-valverytmin häiriintymisestä puhumattakaan. Useat eri pisteet joissa ikääntynyt hoitopolkunsu aikana käy, ovat omiaan lisäämään sekavuuden riskiä. Töölön sairaalassa siis hoidetaan paljon ikääntyneitä ja monessa kohtaa ikääntyneen hoitopolkua riskitekijät deliriumin puhkeamiselle kasaantuvat.

## 7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa opas omaiselle ikääntyneen sairaaladeliriumista. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää omaisten tietoutta ikääntyneen sairaaladeliriumista. Tuotettavan oppaan tarkoituksena oli tarjota tietoa omaisille ikääntyneen sairaaladeliriumista

## 8 Opinnäytetyöprosessi

Toiminnallinen opinnäytetyö on johdonmukaisesti kirjoitettu lähteisiin perustuva teoreettinen viitekehys, jonka pohjalta tuotettava produkti ottaa huomioon kohderyhmän ja on työelämässä käyttökelpoinen. Toiminnallinen opinnäytetyö tarjoaa työelämään työvälineitä ja on suunnattu kohderyhmälle. Se antaa työvälineitä käytännön toiminnan ohjeistamiseen, opastaa ja järjestelee sekä lisää järjestelmällisyyttä. Tuotoksena on esimerkiksi ohje, ohjeistus tai opas, se voi olla myös jonkin tapahtuman toteuttamista. Produkti voi olla kirjallinen ohje, kansio tai vihko tai esimerkiksi kotisivut tai portfolio. Oleellista toiminnallisessa opinnäytetyössä on käytännön toteutuksen ja tutkimuksen yhdistäminen sekä työelämälähtöisyys. Toteutuksesta näkyy tutkimuksellisuus sekä opinnäytetyötason edellyttämä riittävä tiedon ja taidon hallinta. (Airaksinen & Viikka 2003.)

### 8.1 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Opas tuotettiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehysten kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Tiedonhakua tehtiin järjestelmällisesti, tekijöille oli jaettu omat osa-alueet ja tekstiä kirjoittaessa luettiin ristiin toisen kirjoittamia tekstejä, sekä silmäiltiin lähteitä. Tavoitteena oli, että molemmille syntyisi kokonaiskuva aiheesta. Tiedonhakua tehtiin sekä avoimista, että esimerkiksi ammattihenkilöille suljetuista lähteistä. Varsinkin aiheeseen kunnolla syvennyessä, ei tietoa löytynyt aivan suoraan tavallisia hakukoneita käyttämällä. Tiedonhaussa pyrittiin löytämään sekä suomalaisia että ulkomaisia tutkimuksia ja kirjallisia lähteitä.

Tieteellisuuden arvioinnissa tulee ottaa huomioon riittävä teoreettinen osa. Onko kirjallisuuden perehdytty tarpeeksi sekä käyty aihetta sivuavat uusimmat tutkimukset läpi. Kirjallisuuden mittari on lähdeluettelo. Lähdeluettelo on helppo suurentaa epäolennaisilla lähteillä. Osa tiedoista voivat olla yleistietoa jotka eivät tarvitse lähdettä. (Kananen 2014, 158)

Yleisinä hakusanoina tiedonhankinnassa käytettiin: sairaaladelirium, delirium, ikääntyneen äkillinen sekavuus, ikääntynyt, ikääntymiseen liittyvät muutokset, omainen sekä opas.

Tutkimuksia suoraan sairaaladeliriumista löytyi jonkin verran, mutta englanninkielisen aineiston hankinta oli hankalampaa. Muutama sairaaladeliriumia sivuavaa, melko tuoretta tutkimusta löytyi kuitenkin. Terveystietä löytyi edellä mainittuja hakusanoja käyttäen kuitenkin hyvin teoreettista tietoa ja niiden lähdeluetteloa hyödyntäen teoreettinen viitekehys saatiin koottua.

Tarkoituksena oli luoda tiivistetty ja selkeä opas joka antaa omaiselle perustiedot sairaaladeliriumista. Opas haluttiin tehdä yksinkertaiseksi, selkeäksi ja tiiviiksi tietopaketti, lähtökohtana oli, että sitä käytettäisiin nimenomaan ohjauksen tukena, sekä materiaalina johon omainen voi palata uudelleen ja uudelleen saamansa ohjauksen jälkeen. Teoreettisessa viitekehyksessä esimerkiksi elimistön muutoksia oli kuvattu paljon laajemmalla tasolla, oppaaseen näiden katsottiin olevan turhan yksityiskohtaista ja tieteellistä tietoa. Oppaassa haluttiin tuoda esiin myös omaisen tärkeää roolia potilaan tukena sekä hoitohenkilökunnan tiedonlähteenä. Lääkehoito jätettiin hyvin pieneksi osaksi, sillä sairaaladeliriumin kohdalla lääkehoidolla on hyvin pieni osuus ja se on hyvin yksilöllistä.

Lopullisen, työelämäkumppanille käyttöön tulevan, oppaan ulkoasu sekä sisällön muoto noudattavat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin virallisia ohjeistuksia. Oppaasta tehtiin sähköinen materiaali johon HUS:llä on oikeudet. Opasta varten otettiin kuvat itse ja myös niihin annettiin käyttöoikeudet.

Opinnäytetyö aloitettiin helmikuussa 2017, aiheen valinnan jälkeen työhön etsittiin sopiva työelämäkumppani. Yhteistyötä käytiin suunnittelemassa Töölön sairaalan Kliinisen opettajan kanssa palaverissa helmikuussa 2017. Maaliskuussa 2017 osallistuttiin hankekokoukseen koululla. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin toukokuussa, HUS:in tutkimuslupahakemus lähetettiin työelämäkumppanille kesällä 2017. Ensimmäinen versio oppaasta oli tutkimuslupahakemuksen mukana. Tutkimuslupa hyväksyttiin syyskuussa 2017, jonka jälkeen työelämäkumppanin osoittamiin, opasta arvioitiin, yksiköihin oltiin yhteydessä. Opinnäytetyö ja opas esiteltiin arviointeja varten lyhyesti osastoilla 11.9- ja 12.9.2017. Tämän jälkeen opas sekä raportti viimeisteltiin. Opinnäytetyö esitettiin Töölön sairaalassa osastonhoitajien kokouksessa 07.11.2017. Valmis työ lähetettiin arvioitavaksi marraskuussa 2017.

## 8.2 Oppaan arviointi

Arviointien analysoimiseen sovellettiin hyvin väljästi laadullisen tutkimuksen sisällön analyysiä, jossa aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin. Pelkistämällä tarkoitetaan työtapaa, jossa aineistosta etsitään ilmaisia jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Pelkistetyt ilmaisut tulee kirjoittaa mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä, kuin aineistossa on asia ilmaistu. (Kangas

& Vanhanen 1999) Sisällön analyysiä hyödyntäen saatiin pelkistettyä oppaasta tulleet arvioinnit, jotta niiden avulla voitiin opasta kehittää.

Oppaan arviointi toteutettiin ensin viidelle maallikolle ja sitten hoitohenkilökunnan edustajille. Maallikkoarvioinnin tarkoituksena oli saada arviointeja, muilta kuin terveydenhuoltoalan ammattilaisilta. Oppaan kohderyhmänä toimii ennen kaikkea omaiset, joten maallikkoarvioinnilla yritettiin saada omaisten mielipidettä kuuluviin. Maallikoilla ei ollut terveydenhuoltoalan koulutusta. Neljä heistä oli entuudestaan tuttuja ja yksi arvioija oli tuntematon. Oppaan arviointi suoritettiin kaikille henkilökohtaisesti nimettömänä, eivätkä arvioijat tunteneet toisiaan tai tienneet, kuka muu oppaan tulee arvioimaan. Maallikoilta kysyttiin myös lupa julkaista heidän arviointinsa opinnäytetyössä. Hoitohenkilökunnan arviointi toteutettiin kahdessa, työelämäkumppanin osoittamassa, yksikössä. Arviointilomakkeita jätettiin työelämäkumppanin määrittämiin yksiköihin yhteensä 10 ja niistä saatiin vastauksia yhteensä 7, mainittavaa oli arviointien laatu, vastaukset oli huolella tehty ja aineistoon selkeästi paneuduttu. Pyrkimyksenä oli kehittää opasta, jotta se soveltuisi mahdollisimman hyvin käyttöön ja tukisi tarkoitustaan omaisten tiedon lisäämisessä.

Kyselyjen lopputulokset olivat hyvin samansuuntaisia vaikkakin maallikkoarvioinnin kysymyslomakkeen (liite 1) kysymysten asettelusta johtuen neljästä kysymyksestä yhteen oli vastattu vain yhdellä sanalla. Maallikoille esitettiin neljä kysymystä, jotka kattoivat kysymyksen sairaaladeliriumin tunnettavuudesta, ulkoasusta, oppaan tarkoituksenmukaisuudesta, pituudesta, sekä sisällöstä. Näillä kysymyksillä arvioitiin saatavan riittävää tietoa siitä, sopeutuuko opas nimenomaan omaisen luettavaksi ja tueksi ohjaukseen. Tärkeänä asiana oli myös sisällön selkeänä pitäminen ja ymmärrettävyys. Hoitohenkilökunnalle esitetyt kysymykset erosivat osittain maallikoiden kysymyksistä. Hoitohenkilökunnalta ei esimerkiksi kysytty, onko sairaaladelirium heille ennestään tuttu käsite. Kysymyksiä oli kolme kappaletta ja ne käsittivät ulkoasun, oppaan sisällön riittävyyden, sekä oppaan käyttökelpoisuuden ohjauksen tukena.

Maallikoilta haluttiin tietää, onko sairaaladelirium ennestään tuttu käsite, sillä aiheesta mahdollisesti ennakoon oleva tieto vaikuttaa sisällön tulkitsemiseen ja ymmärtämiseen. Analyysin tekemiseen vaikutti se, että jokainen maallikko oli vastannut tähän kysymykseen yhdellä sanalla. Tästä kuitenkin saatiin tieto, ettei yhdellekään maallikkovastaajalle sairaaladelirium ollut ennestään tuttu. Näin ollen ajateltiin, että he pystyivät arvioimaan oppaan osittain sairaaladeliriumia sairastavan potilaan omaisen kannalta.

Oppaan ulkoasua ja tarkoituksenmukaisuutta arvioitiin pääasiassa lähes kaikissa arvioinneissa samalla tavalla ja etenkin samat sanat toistuivat tässä. Kuvio 1 kuvaa ulkoasun selkeyttä ja tarkoituksenmukaisuutta

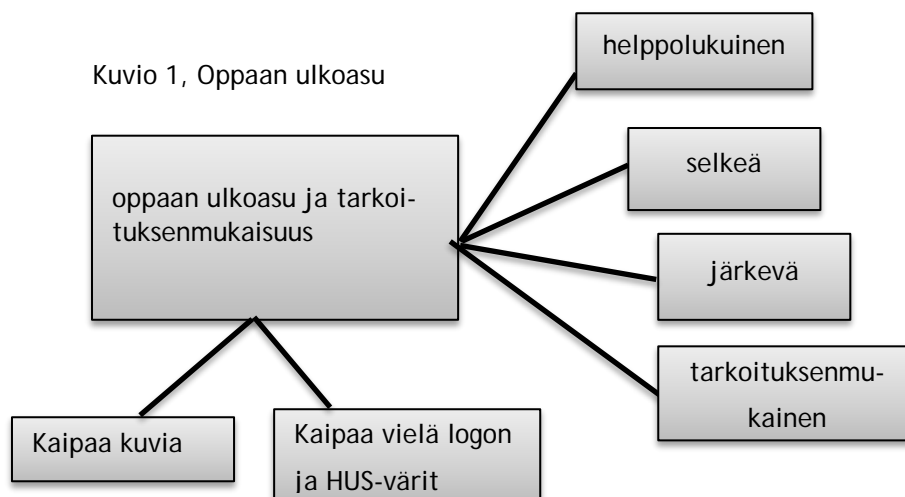
" Sisällys on selkeä ja alaotsikot järkeviä..."

"Siisti, selkeä lukea..."

"Ulkoasu on selkeä ja helpottaa lukemista"

"Ehkä hieman paljas vielä ja tarvitsee oikeat värit ja logon"

Kuvio 1, Oppaan ulkoasu



Arvioinneissa tuli toistuvasti ilmi oppaan selkeys ja helppolukuisuus. Asioiden ryhmittely oppaaseen oli onnistunut, eikä samalle sivulle oltu laitettu liikaa informaatiota. Oppaan ulkoasun ajateltiin olevan selkeä, joskin hiukan paljas vielä. Myös luettelointia aukeaman oikealle sivulle ydinasioista pidettiin selkeyttävänä tekijänä. Kuvia selkeästi kaivattiin elävöittämään ja tietysti lopulliseen työelämäkumppanille tulevaan versioon haluttiin HUS-logot ja värit. Sinisten laatikoiden koettiin elävöittävän tekstiä mukavasti ja suuntaavan lukijan huomion ydinasioihin. Arvioinnin hetkistä fonttikokoa ja muuta tekstin asettelua pidettiin myös hyvänä. Selkeyttä heikentävänä tekijänä pidettiin muutamia kirjoitusvirheitä sekä pilkun puuttumisia. Yksi lähde oli merkitty myös lähdeluetteloon kahteen kertaan. Nämä asiat korjattiin arvioinnin jälkeen.

Oppaan sisällön, pituuden ja informatiivisuuden arvioinneissakin oli havaittavissa yhtenevät, erittäin positiiviset arvioit. Kuvio 2 kuvaa oppaan pituutta, informatiivisuutta ja sisältöä.

" Kyllä sen lukee parissa minuutissa. Hyvin tiivistetty kansankielellä ja sopii nimenomaan omaisen oppaaksi."

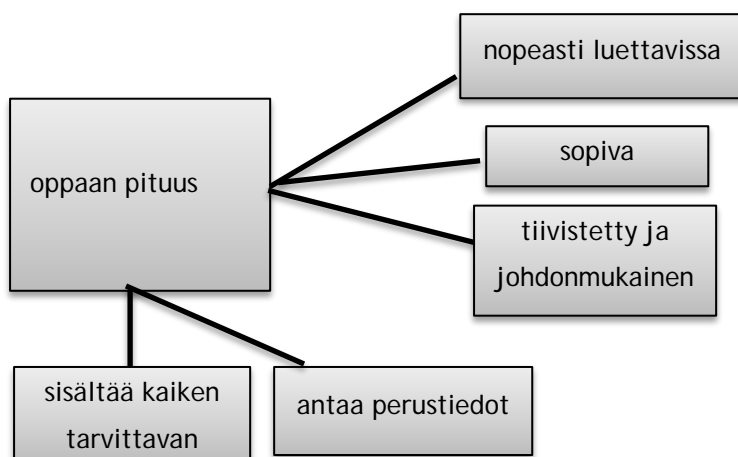
"Opas on harvinaislaatuinen selkeä. Informaatiota on riittävästi...Mitään turhaa sisällössä ei ollut"

"Etenee johdonmukaisesti"

"Selkeä opas, perusasiat deliriumista kerrottu hyvin."

"Oppaassa on kerrottu selkeästi, mikä on delirium, kenelle ja miten se voi puhjeta sekä käsittely ja hoito-ohjeet"

Kuvio 2, Oppaan pituus



Oppaan pituus arvioitiin sopivaksi, tiiviiksi ja nopeasti luettavaksi. Arvioinneissa kävi ilmi, ettei pidempään oppaaseen jaksettaisi yhtä hyvin keskittyä. Opinnäytetyön alussa lähtökoh- tana oli luoda selkeä ja tiivis opas, jotta lukijalle jää ydinasiat mieleen, arviointien perus- teella tässä onnistuttiin. Oppaan sisällön arvioinneista nousi selkeästi esille oppaan selkeys ja helppolukuisuus, myös informaatiota koettiin olevan riittävästi. Tekstin arvioitiin olevan myös johdonmukaista, tarpeeksi tiivistä ja maallikollekin ymmärrettävää. Osassa palautteissa toi- vottiin lisää tekstiä "mikä deliriumin aiheuttaa"-kappaleeseen ja tähän myös näkökulmaa juu- rikin kirurgisen potilaan kohdalla. Sairaaladeliriumin lääkehoidosta ei juurikaan kerrottu, mutta sitä ei arvioinneissakaan pidetty olennaisena, vaan maininta lääkehoidosta riitti arvi- ointien mukaan hyvin. Yhtenä oppaan osana käsiteltiin, miten omaiset voivat olla avuksi, tätä pidettiin erittäin hyvänä ja tärkeänä tietona. Sivujen sinisten laatikoiden ajateltiin olevan so- pivia, sivujen ydinasian kertovia, kevyitä ja helppoja tietoisuuksia. Ylipäänsä opasta pidettiin järkevänä sekä maallikkokeskeisenä. Asiat oltiin kerrottu niin sanotusti maallikkokielellä ja luettu asia ymmärrettiin. Asiayhteydet liittyivät toisiinsa ja opas eteni loogisesti.

Hoitohenkilökunnan arvioinneissa oppaan todettiin vielä olevan kauan kaivattu ja todella tar- peellinen. Deliriumin koettiin olevan omaisille raskas asia ja haastava ohjauksen aihe sekä omaisten hädän takia kuormittavaa hoitajille. Arvioijien mukaan deliriumia myös esiintyy työ- elämäkumppanin yksikössä yhä enenevästi ja siksi oppaan aiheen ajateltiin oleva ajankohtai- nen. Osassa arviointeja todettiin myös, että opas olisi hyvä väline uusien hoitajien ja opiskeli- joiden perehdytykseen.

Arviointien perusteella oppaan ulkoasua viimeisteltiin, siihen otettiin kuvat itse ja siniset tär- keiden asioiden laatikot sijoiteltiin viimeistellysti. Valmis opas löytyy työn lopusta (liite 4).

## 9 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin alusta loppuun tutkimuseettisen neuvottelukunnan antamia hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan kaikkia tutkimukseen sekä tieteeseen liittyviä eettisiä näkökulmia ja arviointeja. Hyvä tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksytty vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Näin tutkimus ja sen tulokset ovat luotettavia ja uskottavia. Keskeisinä lähtökohtina voidaan pitää, että tutkimuksessa käytetään eettisesti hyväksyttyjä tiedonhankinta ja arviointimenetelmiä sekä tarvittavat tutkimusluvut on ennen tutkimusta hankittu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012)

Tutkimuslupaa haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaan. Tutkimuslupan myöntämisen jälkeen työelämäkumppani osoitti osastot missä arviointi tehdään. Osastoihin oltiin heti yhteydessä ja sovittiin aikataulut arvioinnin suhteen. Työntekijöille vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömänä.

Maallikkoarviointi toteutettiin tekijöiden tuttavapiirissä jo ennen tutkimuslupan saamista. Vastaukset annettiin nimettöminä.

Työssä noudatettiin, läpi työstämisen kaikkien vaiheiden, solmittua opinnäytetyösopimusta sekä yhteisesti sovittuja aikatauluja. Toiminta työelämäkumppanin kanssa tapahtui tutkimuslupan mukaisesti ja tarvittava tieto hankittiin sen asettamissa rajoissa.

Työ tallennetaan Laurean ohjeiden mukaisesti Theseukseen.

Saturaatio kuvaa tapaa puhua aineiston riittävydestä. Saturaatio eli kylläntyminen on tilanne, jossa aineisto toistaa itseään. Tiedonantajat eivät anna enää tutkimustehtävän kannalta uutta tietoa. Tietty määrä aineistoa riittää tuottamaan teoreettisen peruskuvion. On todennäköistä, että 15 vastausta riittää jo aineiston kylläntymiseen. On hyvä pohtia, millaisen haluaa aineiston olevan. Luotettavuutta voidaan pyrkiä parantamaan keräämällä tietoa useista eri lähteistä ja tässä tapauksissa useilta eri arvioitsijoilta. (Pitkäranta 2014,98; Kananen 2014, 12) Arviointeja saatiin yhteensä 12, oppaan laadun kehittämisen kannalta tämän ajateltiin olevan riittävä määrä, sillä arvioinnit olivat kovin yhteneväisiä.

Halutun aineiston koosta on hyvä keskustella, opinnäytetöissä aineiston suuruus ei ole ratkaisevassa asemassa, vaan enemmänkin aineiston laatu. Yleensä aineiston koot ovat pieniä. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole päästä yleistämään tiettyä asiaa, vaan tietty tulokinta. Yleensä olisi suotavaa, että henkilöillä olisi jo entuudestaan tietty käsitys, sekä ennakotietoa asiasta, jota tutkitaan. Tutkimusraportissa on hyvä kertoa, miten aineiston valinta on hankittu ja miten aineiston koko on juuri siinä työssä tarkoituksenmukainen. (Pitkäranta



2014, 97-98) Tekijöiden lähihoitajatausta ja työkokemus olivat aiheen valinnasta lähtien työn kulmakivinä. Sairaaladelirium on tullut molemmille tutuksi, joten siitä oli helppo lähteä aiheetta työstämään. Oppaan muodostamisesta oli myös alusta asti hyvin yhtenevät ajatukset.

Oppaan kohderyhmänä on ennen kaikkea omaiset, jotka eivät aiheesta välttämättä vielä ennestään tiedä. Tämän takia oli erityisen tärkeää saada maallikoilta mielipiteitä oppaasta. Maallikoina toimi tekijöille ennestään tuttuja henkilöitä sekä yksi tuntematon henkilö. Tämä voi osakseen vaikuttaa oppaan arviointiin positiivisella tavalla. Välttämättä lähipiiriltä ei aina saa todenmukaista arviointia, toisaalta voidaan myös ajatella lähipiirin olevan erityisen rehellisiä, koska tuntevat tiedon tarvitsijan. Aineistoa analysoitaessa on hyvä pohtia, kuka on kysyjä ja mikä kysyjän suhde on vastaajiin. (Metsämurto 2008,53) Arviointien koettiin olevan totuudenmukaisia ja rehellisiä niiden yhteneväisyyksien vuoksi, hoitohenkilökunnalla ei olisi ollut mitään syytä peitellä arvioinnissa mitään.

### 9.1 Oppaan tarkastelu

Omaiset tahtovat keskustelua ja tietoa potilaan sairaudesta, hoidosta, ennusteesta sekä jatkohoidosta. (Lipponen ym. 2006, 47; Omaisten oikeudet 2015) Myös tekijöiden kokemus työelämässä on osoittanut, että omaisten esittämät kysymykset sairaaladeliriumista suuntautuvat paranemisenennusteeseen, aiheuttajiin ja siihen, mitä he voisivat itse tehdä. Näitä asioita myös arvioinneissa pidettiin hyvinä kulmakivinä. Ikääntymismuutokset ja niistä johtuvat sairaaladeliriumin aiheuttajat ovat kovin yksilöllisiä, siksi niiden mainitseminen oppaassa pidettiin lyhyenä ja ne haluttiin käydä läpi päällisin puolin ja jättää niiden suhteen sijaa juurikin hoitajan antamalle ohjaukselle.

Omaisista tulee rohkaista osallistumaan potilaan hoitoon. Omaiset odottavat hoitoon osallistumiseen usein kutsua ja hoitajan odotetaan olevan aktiivinen osapuoli, kommunikaation halutaan olevan avointa ja kysymyksiin vastaamiselle pitäisi löytyä aikaa. (Lipponen ym. 2006, 47; Omaisten oikeudet 2015) Opasta kehitettäessä ajateltiin, että kirjallinen materiaali tukisi keskustelua ja vastaisi osin omaisten kysymyksiin. Omaisten rooli sairaaladeliriumin kohdalla haluttiin tuoda esiin, jotta omaiset tuntisivat olonsa tervetulleeksi ja itsensä hoitoon mukaan kutsutuiksi.

Omainen osuutta hoitotyössä voimavarana haluttiin myös oppaassa tuoda esille. Ajateltiin, että ohjaustilanne, sekä oppaan suoma kirjallinen materiaali korostaisi yhteistyötä hoitajan ja omaisen välillä. Ikääntyneitä hoitaessa omainen on tärkeä tiedonlähde, ilman heitä hoito olisi hankalampaa. Taustatietojen kartoituksessa, sekä jatkohoitoa mietittäessä, omaisten osuus on tärkeä. Omaisten osallistuminen hoitoon voi lyhentää potilaan sairaalassa oloa aikaa. (Lipponen ym. 2006, 53) Oppaan antamalla ohjeilla omaisen on helpompi osallistua ja olla läsnä sairaaladeliriumin puhjetessa.

Tärkeää lukijan puhuttelua on käytännön toimintaohjeet ja näihin haluttiinkin omaisten kohdalla paneutua. Oppaassa haluttiin kertoa perusasiat menemättä liiallisiin yksityiskohtiin, jotta opas saatiin pidettyä tarpeeksi tiiviinä. Lukijaa päätettiin teititellä, jotta teksti olisi puhuttelevaa ja kohdistaisi tekstin lukijalle. Teitittelyn ajatellaan olevan ohjeisiin ja oppaisiin hyvä puhuttelumuoto. Kuvia haluttiin elävöittämään ja herättämään mielenkiintoa. Kuvat otettiin itse, jotta niiden tekijänoikeuksissa ei tulisi ongelmia. (Lipponen ym. 2006, 66-67)

## 9.2 Kehittämisehdotukset

Kuten arvioinneissa kävi ilmi, on tällaisten oppaiden tarve jatkossa suurempi. Kehittämisehdotuksena voisi oppaan tehdä osastojen profiilin mukaan. Potilaita hoidetaan osastoilla eri sairauksien takia sekä osastoilla on erilaisia käytäntöjä. Oppaan tulisi olla juuri kohdennettu tietyille osastoille. Oppaassa voitaisiin kertoa osastosta yleisesti, antaa tietoa potilaan hoitoon osallistumiselle ja esimerkiksi kuntouttavasta hoitotyöstä. Erityisesti päivystyssairaaloissa joissa vaihtuvuus on suurta, voisi omaisten huolta helpottaa antamalla tietoa omaiselle osaston toimintatavoista ja hoidosta. Huomiointi tuo tervetulleeseen kuvan omaiselle. Tässä työssä tehdyn oppaan voisi levittää laajemmalti, kunkin yksikön normeja vastaavana.

## Lähteet

Agar M, Lawlor P, Quinn, S. 2017. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care. A randomized clinical trial. JAMA.

Viitattu:20.3.2017

<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2588810>

Ahonen, J. 2011. Iäkkäiden lääkkeiden käyttö. Vältettävät lääkkeet ja yhteisvaikutukset. Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu:23.3.2017

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0/urn\\_isbn\\_978-952-61-0500-0.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0500-0/urn_isbn_978-952-61-0500-0.pdf)

Airaksinen, T.2009. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Viitattu: 3.1.2017.

<https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-opinnytety-tekstin>

Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeen ja tiedonsaanti hyvinkään sairaalan sisätautien kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Viitattu: 3.11.2017

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/90427/gradu00172.pdf?sequence=1>

Albrecht, J. Barr, E. Brown, J. Carson, J. Gentry, E. Gruber-Baldini A. Magaziner, J. Marcantio, E. Orwig, D. Roffey, D. and for the Functional Outcomes in Cardiovascular Patients Undergoing Surgical Hip Fracture Repair Cognitive Ancillary Study Investigators. Stability of Postoperative Delirium Psychomotor Subtypes in Individuals with Hip Fracture. Journal of the American Geriatrics Society, volume 63, issue 5.3/2015, 970-976

Boettger, S. & Breitbart, W. 2011. Phenomenology of the subtypes of delirium: phenomenological differences between hyperactive and hypoactive delirium. Palliative & Supportive Care 6/2011,129-135.

Etene-julkaisuja 20. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan etene raportti. Viitattu: 25.4.2017

<http://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE-julkaisuja+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>

Fitzgerald, J., O`regan, N. Adamis, D. Timmons, S., Dunne, C., Tzepacz, P & Meagher, D.

2017.Sleep-awake cycle disturbance in elderly acute general medical inpatients. Longitudinal relationship to delirium and dementia. Viitattu 10.5.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328681/>

Hartikainen, S & Lönroos, E. 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. 1.-2 painos. Helsinki: Edita Prima.

Helsingin kaupunki 1.4.2016

[https://www.hel.fi/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/ortogeriatia\\_010416](https://www.hel.fi/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/ortogeriatia_010416)

Huttunen, M. 2015. sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu: 3.11.2017.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00357](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357)

Huttunen, M. 2016. Tietoa potilaalle. Delirium(sekavuustila). Viitattu: 12.9.2017.  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=poh00014&p\\_haku=delirium](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00014&p_haku=delirium)

Hyvärinen, R. 2005. Duodecim. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. Viitattu: 3.11.2017  
<http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Jalonen, T. 2006. Sähköisen viestinnän pikaopas. Viitattu: 3.11.2017  
[http://www.emaileri.fi/hyva\\_tietaa/sahkoisen\\_viestinnan\\_pikaopas/](http://www.emaileri.fi/hyva_tietaa/sahkoisen_viestinnan_pikaopas/)

Järvi, U. 2009. Sekavaa vanhusta hoidetaan kuin pientä vauvaa. Viitattu 8.3.2017  
<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/sekavaa-vanhusta-hoidettava-kuin-pienta-vauvaa/>

Kalso, E. 2009. Kipu. Viitattu: 3.11.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/kip04700/do>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä, miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Suomen yliopistopaino oy, Juvenes print. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kiljunen, K., Ritamala-Castren, M., Lundgren-Laine, H & Leinola-Kilpi, H. 2016. Yön aikainen uni ja kipu tehohoidossa potilaan arvioimana. Viitattu: 3.11.2017.  
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/1845779282/fulltextPDF/63A035A6FEAF4241PQ/1?accountid=12003>

Kivelä & Räihä, 2017. Iäkkäiden lääkehoito. Viitattu: 20.3.2017.  
[https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702\\_julkaisut\\_Kapseli35.pdf](https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf)

Kyngäs, H & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus tuttu mutta epäselvä käsite. Viitattu 3.11.2017.  
<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol11, 1/99, 3-12.

Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan sekavuusoireyhtymän oireet ja diagnostiikka. Viitattu 13.11.2017.  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=aho01320&p\\_haku=hyperaktiivinen%20delirium](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01320&p_haku=hyperaktiivinen%20delirium)

Laurila, J. vanhuksen perioperatiivinen sekavuus. Viitattu 25.3.2016.  
[http://www.sash.fi/files/luennot\\_anestesiakurssi\\_07/VANHUSTEN%20PERIOPERATIIVINEN%20SEKAVUUS%20JOUKO%20LAURILA.pdf](http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_07/VANHUSTEN%20PERIOPERATIIVINEN%20SEKAVUUS%20JOUKO%20LAURILA.pdf)

Laurila, J. 2008. Vanhusten äkillinen sekavuus. Viitattu 3.11.2017.  
[http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Vanhusten\\_akillinen\\_sekavuus\\_13032008.pdf](http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Vanhusten_akillinen_sekavuus_13032008.pdf)

Laurila, J., Pitkälä, K., & Rahkonen, T. 2006. Dementiapotilaan äkillisen sekavuusoireyhtymän hoito – opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Viitattu 20.10.2017.  
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/DEMdeliriumOpasLR.pdf>

Laurila, J. 2016. Äkillinen sekavuustila (delirium). Viitattu: 3.11.2017.  
[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=poh00014&p\\_haku=delirium](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00014&p_haku=delirium)

Loponen, P. 2009. Health related quality of life after invasive treatment of coronary artery disease. Tampereen yliopisto oy, Juvenes print 2009. Viitattu 10.5.2017.  
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66500/978-951-44-7771-3.pdf?sequence=1>

Lipponen, K., Kyngäs H & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoito-työhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu. Viitattu: 20.2.2017.  
[http://www.ppshp.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)

Metsämurto, J. 2008. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 3. painos. Jyväskylä: Jyväskylä Gummerus kirjapaino.

Mu DL, Zhang DZ, Wang DX, Wang G, Li CJ, Meng ZT, Li YW, Liu C, Li XY. 2017. Parecoxib Supplementation to Morphine Analgesia Decreases Incidence of Delirium in Elderly Patients After Hip or Knee Replacement Surgery: A Randomized Controlled Trial. Viitattu: 3.11.2017.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28525512>

Muistisairaiden käypä hoito- työryhmä. 2017. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Viitattu: 28.10.2017.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus;jsessionid=E2EDF7A7DF1A4B1EF2AC6647CE8E022A?id=nix01592>

Mäkinen, B. 2002. läkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Viitattu: 3.11.2017  
<http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/mediatiedotteet/arkisto/f9a5759.html>

Pahkinen, Ari. 2014. Kyselytutkimuksen otantamenetelmät ja aineistonanalyysi. Jyväskylä: Jyväskylä University printing House.

Parjanne, M. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali ja terveysministeriön selvityksiä. Viitattu: 3.11.2017.  
<https://peda.net/p/siiri%20siirila/tellus2/tellus2-150115/3vfv>

Pitkänen, Ari. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: työkirja ammattikorkeakouluun. e-oppi oy.

Strandberg T. 2013. Vanhuksen sekavuustila ja sen hoito. Viitattu: 3.11.2017.  
<http://www.gernet.fi/artikkelit/1301/vanhuksen-sekvauustila-ja-sen-hoito>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. 2011. Viitattu 3.11.2017.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50040#K1>

Suomalainen, T. 2016. Delirium sekoitetaan helposti dementiaan. Viitattu 28.10.2017.  
<https://www.tehylehti.fi/fi/terveys/delirium-sekoitetaan-helposti-dementiaan>

Suomen sairaanhoitajaliitto. 2015. Kollegiaalisuudella parempaa hoitoa. Viitattu: 3.11.2017.  
<https://www.epressi.com/tiedotteet/kustannustoiminta/kollegiaalisuudella-parempaa-hoitoa.html>

Tarkkila. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Viitattu: 3.11.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/ajt00363/do>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Hyvinvointia vanhuuteen. Viitattu: 3.11.2017.  
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen>

Tilvis, R. Viitattu 3.11.2017.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94056.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu: 3.11. 2017.

[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Tuulio-Henriksson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. Viitattu: 3.11.2017.

[http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006\\_suositus\\_vt\\_kognitio\\_110126.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf)

Töölön sairaala. 2017. Viitattu 3.4.2017

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/toolonsairaala/Sivut/default.aspx>

Valvira. 2017. Omaisten oikeudet. Viitattu: 3.11.2017.

[http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/omaisten\\_oikeudet](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/omaisten_oikeudet)

Liite 1 Maallikkoarvioinnin kyselylomake

1.Oliko sairaaladelirium ennestään tuttu käsite?

2.Onko ulkoasu selkeä ja tarkoituksenmukainen?

3.Onko opas sopivan pituinen?

4.Antoiko opas tarpeeksi tietoa?

## Liite 2 Arviointilomake ammattilaisille

1. Mitä mieltä olet oppaan sisällöstä, onko opas tarpeeksi informatiivinen ja selkeä?
2. Mitä mieltä olet oppaan ulkoasusta ja tekstin sijoittelusta (kuvat, värit ja fontti päivitetään viimeistelyvaiheessa HUS-ohjeiden mukaiseksi)
3. Mitä mieltä olet oppaan käytettävyydestä ja sopivuudesta ohjauksen tueksi?



Liite 3 saatekirje

Hyvä vastaaja!

Olemme Laurea Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoita ja opinnäyte-työmme aiheena on Ikääntyneen sairaaladelirium-opas omaiselle. Opas on tuotettu tekemämme kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Oppaan kehittämistä varten tarvitsemme arviointeja, pyydämmekin sinua nyt kohteliaimmin tutustumaan oppaaseen ja vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin.

Kyselyyn osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja tehdään nimettömästi. Vastauksien perusteella opasta voidaan vielä kehittää.

Vastausaikaa on 27.10.2017 saakka. Täytetyt lomakkeet ja oppaat palautetaan sovitulla tavalla. Mikäli sinulla tulee kysyttävää, ole rohkeasti yhteydessä tekijöihin!

Ystävällisin terveisin

Janette Raita

janette.raita@student.laurea.fi

Jonna-Mari Savolainen

jonna.savolainen@student.laurea.fi

Liite 4 opas

## **Ikääntyneen sairaaladelirium -opas omaiselle**

## Hyvä lukija

Tämä opas on tehty osana Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijoiden opinnäytetyötä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Tukielin- ja plastiikkakirurgian tulosyksikkö Töölön sairaalassa toimi opinnäytetyön työelämäkumppanina Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää omaisten tietoutta ikääntyneen sairaaladeliriumista. Tuotettavan oppaan tarkoituksena oli tarjota tietoa omaisille ikääntyneen sairaaladeliriumista.

Opas on tarkoitettu ensisijaisesti omaisen luettavaksi, hoitohenkilökunnan antaman ohjauksen jälkeen. Oppaassa käsitellään ikääntyneen sairaaladeliriumia, joka on täysin eri oireyhtymä, kuin paremmin tunnettu alkoholin liikkäytöstä aiheutuva delirium eli ”juoppohulluus”. Myös hoito on erilainen. Hoitolinjasta, juuri Teidän omaisenne kohdalla, voitte keskustella lisää hoitavan lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa.

Tekijät,

Raita, Janette

Savolainen, Jonna-Mari



## Sisällys

Mikä on delirium? .....	2
Miten delirium ilmenee? .....	3
Mikä aiheuttaa deliriumin? .....	4
Toipuminen.....	6
Deliriumin hoito on neliportainen .....	7
Miten voin omaisena olla avuksi? .....	8
Lähteet: .....	10

*Deliriumista  
palautuu usein  
täysin ennalleen.*

## Mikä on delirium?

Delirium, eli akuutti sekavuusoireyhtymä, on nopeasti alkava aivotoiminnan häiriö. Mahdollisia aiheuttajia on paljon ja syyt deliriumin puhkeamiselle ovat hyvin yksilöllisiä. Deliriumin kehittyminen tapahtuu yleensä muutaman tunnin tai muutaman vuorokauden aikana.

Delirium ilmenee kognitiivisten toimintojen äkillisenä heikentymisenä. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanoton, käsittelyn, hankinnan sekä säilyttämiseen liittyviä toimintoja. Ikääntyneellä sekavuus määritellään etenkin tarkkaavaisuuden häiriöksi.

Delirium on sairaalahoitossa olevilla ikääntyvillä yleinen, se puhkeaa noin 10-40%.lla ikääntyneistä potilaista. Deliriumista ikääntynyt palautuu usein ennalleen. Ennuste riippuu siitä, mikä on laukaissut deliriumin. Toipuminen on kovin yksilöllistä, se voi olla hidasta ja kestää useita kuukausia. Toipumista voidaan kuitenkin edesauttaa ja tässä Teillä on mahdollisuuksia olla omaisenne tukena ja hoitohenkilökunnalle tärkeänä tiedonlähteenä.

*Desorientaatio = ajan ja paikan tajun  
hämärtymä, tietämättömyys  
ajankohdasta ja paikasta sekä omasta  
suhteesta ympäristön ihmisiin*

## Miten delirium ilmenee?

- Ajattelu on hajanaista, eikä yhteen asiaan keskittyminen onnistu.
- Puhe on sekavaa ja saattaa harhailla asiayhteydestä toiseen.
- Aistiharhoina, etenkin kuulo- ja näköharhoina.
- Uni- ja valverytmin häiriöinä.
- Ajan ja paikan tiedostamisen häiriöinä.
- Erilaisina pelkotiloina.
- Harhaluuloina, potilas voi esimerkiksi luulla jonkun haluavan hänelle pahaa.
- Sosiaalisen kanssakäymisen muutoksina, esimerkiksi aiemmin kovin sosiaalinen ihminen välttelee sosiaalisia kontakteja.
- Vetäytymisenä, sulkeutumisena.



## Mikä aiheuttaa deliriumin?

län tuomat muutokset, sekä perussairaudet ja niiden hoito yhdessä altistavat deliriumille. Deliriumin puhkeamiseen vaaditaan usein vielä jokin lisätekijä. Yksinkertaisesti ajateltuna, ikääntynyt keho kestää normaalit arkipäivän rutiinit ja tavanomaiset suoritteet, mutta ikääntyneen sairastuessa, perussairauden äkisti pahentuessa, tai vaikkapa lonkkamurtuman aiheuttama äkillinen sairaalaan joutuminen leikkaushoitoineen ylikuormittaa elimistöä niin paljon, että aivojen normaali toiminta häiriintyy. Osatekijöitä voivat olla mm.

*Delirium on monen  
tekijän summa*

- stressi
- kipu
- univaje
- Erilaiset lääkkeet sekä niiden yhteiskäyttö. Etenkin keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet!
- runsaat ärsykkeet
- vieras ympäristö



## Toipuminen

Deliriumista toipuminen on hyvin yksilöllistä, myös hoito suunnitellaan tapauskohtaisesti. Lääkehoitoa tulee harkita tarkasti, sillä ikääntyneen lääkitys on usein jo valmiiksi melko raskas ja lisälääkkeet helposti vain lisäävät elimistön kuormaa ja aiheuttavat lisää sekavuutta. Keskustelkaa lääkeshoidosta tarpeen tullen hoitohenkilökunnan kanssa.

*Jos jokin askarruttaa, ole  
yhteydessä  
hoitohenkilökuntaan*

## Deliriumin hoito on neliportainen

1. Tunnistetaan deliriumin aiheuttaja ja hoidetaan perussairauksien hoitotasapaino

2. Yleishoito

→ Huolehditaan riittävästä nesteytyksestä ja ravitsemuksesta sekä potilaan peruselintoiminnoista. Myös kivunhoito on esisijaisen tärkeää. Uni- ja valverytmi tulisi saada palautettua.

3. Oireiden hoito

→ Parantavaa lääkehoitoa ei ole, mutta lääkehoidolla voidaan mahdollisesti lievittää oireita ja tukea esimerkiksi vuorokausirytmien palautumista.

4. Komplikaatioiden esto

→ Yritetään esimerkiksi jatkaa kuntoutusta tai muuta asianmukaista hoitoa deliriumista huolimatta.

*Tärkeintä on perustarpeista  
huolehtiminen ja vuorokausirytmien  
palautuminen.*

## Miten voin omaisena olla avuksi?

Deliriumista toipuminen voi olla hidasta ja pitkään kestäessään se pitkittää sairaalassa oloaikaa, sekä hidastaa kuntoutumista. Turvallinen ympäristö, tutut ihmiset ja asiat voivat auttaa vähentämään sekavuutta. Hoitohenkilökunta ei tunne omaistanne pitkältä ajalta. Keskustellessanne hoitohenkilökunnan kanssa, voitte tuoda esiin asioita, jotka voivat helpottaa hoitohenkilökuntaa luomaan hyvää hoitosuhdetta omaiseenne. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi omaisenne normaali päivärytmi, sosiaalisuus sekä mieluisat aktiviteetit. Myös omaisenne selviytyminen ja mahdollinen avuntarve kotona ennen sairaalaan joutumista ovat tärkeitä tietoja. Vieraillessanne osastolla voitte vahvistaa omaisenne turvallisuudentunnetta ja tietoisuutta mm.

*Omaisena olette tärkeä  
tiedonlähde.*

*Sekavuuden keskellä kiireetön  
läsnäolo auttaa.*

- Kertomalla missä hän on ja miksi
- Kertomalla mikä päivä ja vuodenaika on
- Kertomalla onko aamu vai ilta.
- Tuomalla jotain tuttua sairaalaan, esimerkiksi silmälasit, kello, tuttua luettavaa. Keskustelkaa hoitohenkilökunnan kanssa, minkälaisia tavaroita osastolle voi tuoda.
- Vierailemalla kiireettömästi ja olemalla itse rauhallinen, vaikka omaisen muuttunut tilanne saattaakin hämmentää ja aiheuttaa Teissä itsessänne pelkoja tai jännitystä.
- Myös läsnäolo ja ihan tavallinen kanssakäyminen, esimerkiksi päiväkahvin juominen yhdessä, luo turvallisuudentunnetta.



## Lähteet:

Huttunen, M. 2016. Sekavuustila (delirium).

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Laurila, J. 2016. Äkillinen sekavuustila (delirium). Löydettävissä [http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=poh00014&p\\_haku=delirium](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00014&p_haku=delirium)

Laurila, J. 2008. Vanhusten äkillinen sekavuus. Löydettävissä [http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Vanhusten\\_akillinen\\_sekavuus\\_13032008.pdf](http://www.thl.fi/attachments/rai/2008/Vanhusten_akillinen_sekavuus_13032008.pdf)